

Bei Frauen doppelt so häufig – psychosozial bedingt

Geschlechtsunterschiede bei Depression: die Frau im Fokus

Depressive Erkrankungen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern, und zwar von den leichteren depressiven Zuständen, den sogenannten Dysthymien, bis hin zu den schweren unipolaren affektiven Erkrankungen [1].



Prof. Dr. med.
Anita Riecher-Rössler
Basel



Les troubles dépressifs sont environ deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, allant des états dépressifs légers, appelés dysthymies, jusqu'aux troubles graves affectifs unipolaires (1).

Zum einen handelt es sich wohl lediglich um **vorgetäuschte** Unterschiede. So zeigen verschiedene Studien, dass Frauen ihre Beschwerden selbst besser wahrnehmen, bereitwilliger darüber berichten und vor allem schneller Hilfe in Anspruch nehmen als Männer [1]. Umgekehrt haben insbesondere Männer oft grosse Probleme damit, über ihre Gefühle zu reden und präsentieren sich dem Hausarzt oft nur mit körperlichen Beschwerden. Vor allem wenn diese Symptome durch den somatischen Befund nicht ganz zu erklären sind, sollte der Hausarzt deshalb immer auch nach dem psychischen Befinden fragen.

Auch nach Ausschluss der genannten Einflüsse verbleiben aber immer noch beträchtliche **echte** Geschlechtsunterschiede in Inzidenz und Prävalenz depressiver Erkrankungen (Übersicht bei [1]). Dieser Unterschied scheint in den verschiedensten Kulturen zu bestehen, wie zuletzt auch die weltweit in 15 Ländern verschiedener Kontinente durchgeführten World Mental Health Surveys zeigten [2].

Die **Ursachen** dieser Häufigkeitsunterschiede sind wohl vor allem psychosozialer Art. Wie die oben genannten Mental Health Surveys nahelegen, hat der Unterschied viel mit den unterschiedlichen Geschlechterrollen zu tun. So haben die Häufigkeitsunterschiede in denjenigen Ländern abgenommen, in denen sich traditionelle Geschlechterrollen begannen anzugleichen und sich der Status der Frauen in Bezug auf Berufstätigkeit, Bildung, Geburtenkontrolle und Heiratsalter verbesserte [2].

Wichtig sind in diesem Zusammenhang sicherlich schon die frühen Unterschiede in der psychischen Entwicklung und Erziehung von Knaben und Mädchen, die das spätere geschlechtsspezifische Rollenverhalten prägen. So zeigt etwa die Forschung, dass Mädchen eher zu „gelernter Hilflosigkeit“ und geringem Selbstvertrauen, Buben dagegen eher zu aktiver Bewältigung erzogen werden. Frauen tendieren in der Folge eher dazu, Konflikte zu verinnerlichen und mit Schuldgefühlen und Depression zu reagieren, während Männer eher aktive, zum Teil aggressive Bewältigungsstrategien suchen, oder aber zum Suchtmittel oder Suizid greifen. Auch stehen Frauen oft ganz real in starken Abhängigkeiten – etwa in der Partnerschaft oder im Berufsleben – was das Depressionsrisiko erhöhen kann. Schliesslich sind sie häufiger als Männer

ner Gewalt, physischem oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt [1,3,4]. Frauen leben häufiger unter der Armutsgrenze, insbesondere als alleinerziehende Mütter. Sie sind durch ihre multiplen Rollen – zum Beispiel als Mutter, Ehefrau, Haushälterin, Berufsfrau, Pflegende für Eltern/Schwiegereltern etc. – oft zahlreichen Stressoren sowie einer allgemeinen Überlastung ausgesetzt. Vor allem aber leiden sie z.T. an erheblichen Rollenkonflikten durch diese oft miteinander konkurrierenden Rollen. Frauen sind meist verantwortlich für die Beziehungspflege in der (Gross-)Familie und im Freundeskreis und erfahren daraus mehr Belastungen (Übersicht bei [1,5]).

Was die endokrinologischen Einflussfaktoren bei der Depression betrifft, so scheinen Oestrogene eher psychotrop und stimmungsstabilisierend zu wirken, und zwar vor allem das Estradiol-17-β [6, 7]. Es ist daher erstaunlich, dass die Depression vor allem in der fertilen Lebenszeit der Frau häufiger ist, in der sie ja eigentlich Schutz durch ihre Oestrogene geniessen sollte. Möglicherweise ist es aber der immer wieder stattfindende Estradiolabfall im Laufe des weiblichen Menstruationszyklus, postpartal und perimenopausal, der bei vulnerablen Frauen labilisierend wirkt (Übersicht bei [6,7]).

Insbesondere in der Perimenopause leiden manche Frauen an einer Verschlechterung ihres psychischen Befindens mit erhöhter Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Nervosität, Schlafstörungen und depressiver Verstimmung. Auch die Inzidenz schwerer, krankheitswertiger Depressionen steigt in der Perimenopause an [8].

Diagnostik und Therapie

Eine „geschlechtersensible“ Medizin berücksichtigt sowohl die biologischen als auch die psychosozialen Einflüsse in Diagnostik und Therapie.

Das bedeutet, dass sowohl in der Anamneseerhebung und weiteren Abklärung, als auch in der Therapieplanung berücksichtigt werden sollte, in welcher Lebensphase sich eine Frau befindet, welchen psychosozialen Belastungen sie ausgesetzt ist, gegebenenfalls auch welchen hormonellen Schwankungen. Überlastungen und Rollenkonflikte sollten ebenso thematisiert werden, wie Abhängigkeiten und Gewalterleben. Häusliche Gewalt ist häufig [4]. Hier eignet sich – ebenso wie zur Erkennung der Depression – der Einsatz

von Screening-Instrumenten [4] oder entsprechenden Standardfragen. Vor allem aber sollte im Gespräch das Selbstwertgefühl der Frauen gestärkt werden – dann schaffen sie oft selbst, sich aus einer misslichen, depressiogenen Lage zu lösen.

Bei ausgeprägteren oder anhaltenden Depressionen sollte immer eine Überweisung zum Psychiater erfolgen, der die Ursachen der Depression genauer abklären und entsprechende therapeutische Massnahmen empfehlen oder durchführen kann.

Therapie

Der **Psychotherapie** kommt eine wichtige Bedeutung zu, da Frauen häufig sehr vielen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind [9]. Psychotherapie für Frauen sollte frauenspezifischen psychosozialen Risikofaktoren und Belastungen Rechnung tragen – etwa der geschlechtsspezifischen Sozialisation von Mädchen, den sozialen Benachteiligungen, dem Missbrauch und der Gewalt, denen Frauen zum Teil auch heute noch ausgesetzt sind, den Abhängigkeiten, in denen sie oft stehen, und nicht zuletzt auch den spezifischen Rollenbelastungen und Rollenkonflikten, unter denen sie oft leiden.

„Frauentypische“ Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen wie mangelnde Selbstsicherheit und Aggressivität oder die häufigen Schuld- und Versagensgefühle sollten in der Therapie als solche wahrgenommen und bearbeitet werden. Geschlechtsrollenstereotype – sowohl die der sozialen Umwelt als auch die internalisierten der Patientin selbst und die des Therapeuten/der Therapeutin – sind als Einflussfaktor auf das psychische Geschehen wie auch den therapeutischen Prozess stets kritisch zu reflektieren.

Nicht zuletzt sollte im Therapiesetting den spezifischen Bedürfnissen von Frauen in ihren jeweils spezifischen Lebenssituationen Rechnung getragen werden.

Hilfreich können auch **Entspannungsverfahren, Sport, kreative Betätigung oder Ergotherapie** und andere Verfahren sein, die zu einem verbesserten Körpererleben und Selbstbewusstsein beitragen.

Bei schwererer Depression ist zusätzlich eine **Psychopharmakotherapie** erforderlich. Antidepressiva sind Mittel erster Wahl. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen oft mit niedrigeren Dosen auskommen als Männer, aufgrund ihres im Schnitt geringeren Körpergewichts, ihres höheren Körperfettanteils und ihrer besseren Compliance. Wichtig bei Frauen ist es auch, die Interaktionen der Psychopharmaka mit Östrogenen und hormonellen Kontrazeptiva zu beachten. So können orale hormonelle Kontrazeptiva den Blutspiegel bei vielen Psychopharmaka erhöhen. Andererseits können manche Psychopharmaka, wie zum Beispiel die Mood-Stabilizer Carbamazepin oder Phenytoin, den Abbau von hormonellen Kontrazeptiva induzieren und damit zu ungewollten Schwangerschaften führen [5, 10].

Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist vor Medikamentengabe immer auch die Möglichkeit einer Schwangerschaft zu eruieren. Diesen Frauen sollte eine sichere Empfängnisverhütung empfohlen werden. Falls aber doch ein unmittelbarer Kinderwunsch besteht, sollten nur bestimmte Antidepressiva eingesetzt werden, die auch während der Schwangerschaft gegeben werden können, wie etwa Sertralin. Sollte bei diesen Frauen eine Schwangerschaft eintreten, sind in jedem Fall verschiedene Vorsichtsmassnahmen zu beachten (vergleiche [5]).

Bei depressiven Störungen in der **Perimenopause** kann auch eine Östrogensubstitution sinnvoll sein, v.a. wenn es zusätzliche Indikationen wie Hitzewallungen oder ein Osteoporoserisiko gibt.

Voraussetzung ist selbstverständlich, dass keine Risikofaktoren oder Kontraindikationen für die Östrogensubstitution bestehen, und dass eine gut informierte Frau die Östrogensubstitution wünscht. Da insbesondere für das Estradiol-17- β positive Wirkungen auf diverse Neurotransmittersysteme wie das serotonerge, das noradrenerge oder dopaminerge bekannt sind, sollte bei psychisch kranken Frauen vor allem dieses substituiert werden, am besten in Form von transdermalen Pflastern. Bei Neuauftreten leichter Depressionen in Zusammenhang mit der Perimenopause kann Estradiol-17- β bei gegebenen Zusatzindikationen noch vor Antidepressiva eingesetzt werden, wie dies Gynäkologen z.T. schon lange praktizieren. Antidepressiva würden in diesen Fällen nur dann hinzu gegeben, wenn die Estradiolsubstitution alleine nicht ausreichend ist. Bei schwererer Depression sind Antidepressiva auch in der Perimenopause selbstverständlich Mittel erster Wahl, aber auch hier kann eine zusätzliche, „adjuvante“ Verordnung von Estradiol-17- β hilfreich sein (Übersicht bei [6, 7, 10]). In diesem Zusammenhang interessant sind Hinweise darauf, dass Frauen mit Östrogensubstitution besser auf Antidepressiva vom SSRI-Typ ansprechen.

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler

Universitäre Psychiatrische Kliniken
Zentrum für Gender Research und Früherkennung
c/o Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, 4031 Basel
Anita.Riecher@upkbs.ch

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Zweitabdruck aus „der informierte arzt“ 5/2013

Take-Home Message

- ◆ Depressive Erkrankungen sind bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern
- ◆ Die Ursachen sind überwiegend psychosozial
- ◆ Auch Östrogenabfall kann ein Trigger sein, insbesondere perimenopausal
- ◆ Die Diagnostik bei Frauen sollte all diese Faktoren berücksichtigen, u.a. mit einer entsprechenden geschlechtersensiblen Anamnese-Erhebung und durch Zusammenarbeit mit Gynäkologen/Gynäkologinnen
- ◆ Auch die Therapie sollte immer sowohl den biologischen als auch den psychosozialen Faktoren Rechnung tragen

Message à retenir

- ◆ La dépression est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes
- ◆ Les causes sont principalement psychosociales
- ◆ Une baisse des oestrogènes peut également être un élément déclencheur, surtout dans les années de périménopause
- ◆ Le diagnostic chez les femmes doit tenir compte de tous ces facteurs, être établi en collaboration avec le/la gynécologue et comprendre une anamnèse sexuelle approfondie
- ◆ Le traitement doit toujours tenir compte à la fois des facteurs biologiques et psychosociaux

Literatur:

- 1 Riecher-Rössler A, Bitzer J: Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München, Jena, Elsevier, Urban & Fischer, 2005
- 2 Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Medina Mora ME, Ono Y, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC: Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:785–795
- 3 Garcia-Moreno C, Riecher-Rössler A (eds) Violence against women as a risk factor for mental health. *Key Issues in Mental Health*, Vol. 178. Karger, Basel 2013
- 4 Nyberg E, Hartman P, Stieglitz R, Riecher-Rössler A: Screening partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008;76:28–36
- 5 Riecher-Rössler A (ed) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit, Freiburg, Basel, Karger, 2012
- 6 Riecher-Rössler A, de Geyter C: The forthcoming role of treatment with oestrogens in mental health. *Swiss Med Wkly* 2007;137:565–572
- 7 Riecher-Rössler A, Kuhl H, Bitzer J: Psychische Störungen in Zeiten hormoneller Umstellungen – eine selektive Übersicht. *Neuropsychiatr* 2006;20:155–165
- 8 Riecher-Rössler A: Depression und Psychose in der Menopause – kann eine Hormontherapie hilfreich sein? Schwerpunkt Women's Mental Health. *Psychiatr Psychother* 2011;7/4:129–134
- 9 Boothe B, Riecher-Rössler A (Hrsg.): Frauen in Psychotherapie, Stuttgart Schattauer, 2013
- 10 Riecher-Rössler A: Psychisch kranke Frauen. *Die Psychiatrie* 2009;1:36–41